

令和6年度 高齢者用肺炎球菌予防接種請求書(広域)

善通寺市長 様

A4サイズで記載

令和 年 月 日

債権者 住 所

請求日を記入してください。
(注)接種月の末日までに請求書を作成した場合、請求日は翌月にしてください。
(例)接種月が1月の場合
請求日:2月1日以降でおねがいします。

印

下記のとおり請求します。

請求金額 円也

(ただし、令和 年 月分 高齢者用肺炎球菌予防接種委託料)

区 分		単価	件数	金額
高齢者用肺炎球菌	生活保護法による生活保護を受けている者・市民税非課税世帯	7,900		
	自己負担(2,000円)ありの者	5,900		
合 計			件	円

接種者名簿に
○印を付けた人・・・@7,900円
○印を付けていない人・・・@5,900円

人数の合計を記入

金額の合計を記入

責任者氏名

担当者氏名

連絡先

※請求者の押印(個人印又は法人代表者印)がある場合は、責任者及び担当者の氏名並びに連絡先の記載は不要です。